



Gregory A. Barfield, Director
2223 G Street
Fresno, California 93706
(559) 621-RIDE
www.fresno.gov



Estimado Solicitante:

Se adjunta una copia de la aplicación Handy Ride que solicitó. Complete todos los formularios como se indica en la portada de la aplicación. Una aplicación incompleta sera devuelta al solicitante, lo que causara un retraso en el procesamiento de su elegibilidad para el programa Handy Ride.

Por favor, revise su aplicación antes de enviarla a la oficina de Handy Ride y asegúrese de que los siguientes elementos han sido completados.

1. La porción del solicitante está completa.
2. La aplicación está firmada por el solicitante o el representante del solicitante.
3. La parte de Verificación Profesional está completa y firmada por un profesional de la salud calificado.

Si tiene alguna pregunta, no dude de ponerse en contacto con la oficina de Handy Ride al (559) 621-5796.

Sinceramente,

Handy Ride Certification Team

Recinto



Instrucciones de aplicación Handy Ride

Todos los solicitantes deben presentar una aplicación completa que incluya ambos formularios:

- (1) El Cuestionario de Certificación
- (2) El Formulario de Verificación Profesional

PASO 1: COMPLETE el Cuestionario de Certificación

El Cuestionario de Certificación debe ser llenado por el solicitante o el representante legal de solicitante. La aplicación debe llenarse en su totalidad. Debe ser firmado por el solicitante o el representante legal del solicitante y cualquier persona que haya ayudado al solicitante a completar la aplicación.

PASO 2: COMPLETE el Formulario de Verificación Profesional

El Formulario de *Verificación Profesional* debe ser completado por uno de los siguientes profesionales que estén familiarizados con la condición del solicitante:

- Médico o Asistente Médico
- Enfermera Titulada o Enfermero Calificado
- Psicólogo o Psiquiatra
- Fisioterapeuta o Quiropráctico
- Terapeuta Ocupacional
- Especialista en Orientación y Movilidad (certificado por ACVREP)
- Trabajador Social Clínico con Licencia

Para que se completen los Formularios de Verificación Profesional:

1. Complete y firme la Autorización para divulgar información.
2. Pide que su profesional designado complete el Formulario de Verificación Profesional (Sección B).

PASO 3: ENVIAR FORMULARIOS

Envíe el Cuestionario de Certificación y el Formulario de Verificación Profesional juntos a uno de los siguientes:

Correo:

**Fresno Area Express
2223 G Street
Fresno, CA 93706**

Fax#:

(559) 457-1589

En persona a:

**Handy Ride Center
4488 N. Blackstone Ave.**



**Manchester Transit Center
3590 N. Blackstone Ave.**

Por favor toma en cuenta que al recibir las aplicaciones completadas, podra tardar hasta 21 días calendario para su determinar de elegibilidad.

Si FAX no ha determinado la elegibilidad dentro de los 21 días siguientes a la fecha de recepción de la aplicación completa de un individuo, el solicitante será tratado como elegible y se le proporcionará servicio hasta que FAX haga una determinación de elegibilidad.

PASO 4: ORIENTACIÓN

Después de una determinación de elegibilidad, el personal de FAX Handy Ride se pondrá en contacto con usted por teléfono y/o correo postal de EE. UU. con respecto a la orientation. La orientación durará aproximadamente 30 minutos.

Si su orientación se llevará a cabo en persona y necesitará un paseo a la orientación, se le puede proporcionar uno como cortesía. Llame al (559) 621-5770 para citar su paseo hacia y desde la orientación. (Por favor, consulte la hoja de información que se le envió por correo con su carta de cita de orientación si recibió una.)

Tendras que proporcionar una forma de identificación con foto para que podamos crear su tarjeta Handy Ride. Si su orientación es por teléfono en lugar de en persona, su identificación con foto puede ser creada después de la orientación en la oficina de Handy Ride o Manchester Transit Center.

Problemas Comunes

Para hacer una determinación de elegibilidad dentro de 21 días calendario el CENTRO de Transporte POR FAX debe tener una aplicación completa. Varias cosas pueden hacer que una aplicación sea incompleta. Al comprobar estas cosas antes de enviar su aplicación, puede evitar retrasos en el procesamiento.

- 1. Falta uno de los formularios.** Su aplicación debe contener tanto el Cuestionario de Certificación como el Formulario de Verificación Profesional. Por favor, asegúrese de que ambos están completos y enviados juntos.
- 2. Uno de los formularios no está firmado.** Tanto el Cuestionario de Certificación como el Formulario de Verificación Profesional deben estar firmados. Si el solicitante o el profesional se olvida de firmar el formulario, puede considerarse incompleto.
- 3. Faltan las credenciales profesionales.** Los profesionales deben incluir sus títulos y credenciales al firmar el Formulario de Verificación Profesional.

Jane Doe **X** (Incomplete) Jane Doe M.D. **✓** (Complete) Jane Doe R.N. **✓** (Complete)

¿Cuál es su discapacidad?

Explique cómo su discapacidad le impide usar de manera independiente los autobuses FAX de ruta regular.

1. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de asistencia, si los hay, utiliza?
(Por favor marque todos los que apliquen.)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas con motor | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanca | <input type="checkbox"/> Scooter/Carro motorizado | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Anador | <input type="checkbox"/> Ayuda a la comunicación | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ | | |

¿Si seleccionó Wheelchair o Scooter, prefiere/necesita utilizar el dispositivo mientras viaja en vehículos FAX Handy Ride? Sí No A veces

2. ¿Eres capaz de viajar en un carro? Sí No
3. Si usa una silla de ruedas o una scooter:
 ¿Tiene más de 33 pulgadas de ancho? Sí No
 ¿Tiene más de 51 pulgadas de largo? Sí No
 ¿El peso combinado del dispositivo y el ocupante es más de 800 libras? Sí No
4. ¿Su condición de salud/discapacidad requiere que utilice el servicio Handy Ride?
 Permanentemente _____ Temporalmente _____ Semana(s) _____ Mes(es)
5. ¿Su condición de salud/discapacidad cambia de un día para otro de maneras que ocasionalmente interrumpen su capacidad de usar el servicio de autobús de ruta regular?
 Sí No En caso afirmativo, explique: _____

PARTE 2

Preguntas sobre el uso del transporte público de ruta regular

Complete la Parte 2 incluso si no puede utilizar el servicio de autobús de ruta regular. Esta información nos ayudará a determinar cómo su discapacidad/condición de salud afecta su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta regular.

6. ¿Ahora utiliza de forma independiente los autobuses FAX de ruta regular?
 Sí No A veces Sí, pero sólo con un asistente
 Si "Sí" o "A veces", ¿cuántas veces? _____ semanal _____ por mes
- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor cómo se utilizan los autobuses FAX de ruta regular?
 Para viajar hacia y desde un solo destino
 Para viajar desde y hacia algunos destinos
 Viajar hacia y desde muchos destinos diferentes
7. ¿Alguna vez has tenido entrenamiento para usar autobuses de ruta regular?
 Sí No
8. ¿Cuál es la distancia máxima que se puede viajar sin la ayuda de otra persona?
 (Elija 1 de las 4 opciones siguientes):
 menos de 1 bloque (110 yardas o menos) 1-3 bloques (110-330 yardas)
 4-6 bloques (440-660 yardas) más de 6 bloques (661 yardas)
9. Puedo esperar un autobús FAX de ruta regular (marque todo lo que corresponda):
 Sólo si hay un banco o refugio Hasta 15 min. Más de 15 min.

10. Marque una casilla para cada categoría a continuación que indique si es un Sí, No, o A veces, ya que cada uno se relaciona con su capacidad para usar autobuses FAX de ruta regular.

S= Sí; N=No; V=A veces

A.	Puedo tolerar el clima caliente o frío (lluvia, humedad)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
B.	Puedo reconocer destinos, paradas de autobús o lugares de interés	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
C.	Puedo tolerar la contaminación del aire (smog, humos, perfume)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
D.	Tengo ceguera nocturna (luz brillante, poca luz)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
E.	Puedo reconocer la información impresa	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
F.	Puedo oír y procesar palabras habladas o información auditiva (ruido de fondo)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
G.	Puedo comunicar mis necesidades	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
H.	Puedo seguir las instrucciones	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
I.	Puedo lidiar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina (ejemplo: desvíos de autobuses)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
J.	Puedo viajar de forma segura y efectiva a través de instalaciones llenas de gente y/o complejas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
K.	Puedo reconocer y navegar por bordillos, descensos, cortes de bordillos y otras barreras	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
L.	Puedo viajar independientemente a lo largo de las aceras y otras pasarelas peatonales	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
M.	Puedo cruzar las calles independientemente	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
N.	Puedo encontrar la parada de autobús correcta	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
O.	Puedo identificar el autobús correcto (autobuses individuales o múltiples durante un solo viaje)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
P.	Puedo subir y bajar de un autobús usando el ascensor si es necesario	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
Q.	Puedo depositar, deslizar o sumergir mi tarifa en la caja de tarifas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
R.	Puedo llegar a una posición de asiento/silla de ruedas	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
S.	Puedo montar en posición de pie	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
T.	Estoy familiarizado con qué hacer si pierdo mi autobús	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>

Solicitud de elegibilidad de Handy Ride Verificación Profesional

1. Complete y firme la "Authorization to Release Information" que sigue.
2. Tenga su profesional designado llenar los formularios y volver a usted.
3. SOMETE el Cuestionario de Certificación Completado y el Formulario de Verificación Profesional juntos a uno de los siguientes lugares:

Correo:
Fresno Area Express
2223 G Street
Fresno, CA 93706

Fax #:
(559) 457-1589

En persona a:
Handy Ride Center
4488 N. Blackstone Ave.
O
Manchester Transit Center
3590 N. Blackstone Ave.

Sección A Autorización para Divulgar Información

(Cuando termine, envíe al profesional que usted nombró.)

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio del solicitante: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono del solicitante: (____) _____

Autorizo al siguiente profesional a publicar a FAX Handy Ride información específica según lo solicitado. Entiendo que la información publicada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para el paratransito de ADA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque, este formulario permitirá que el profesional que se enumera a continuación libere la información descrita por seis meses después de la fecha que aparece a continuación. Toda la información de salud se mantendrá confidencial.

Nombre del profesional: _____ Título: _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Se requiere la firma del tutor si el solicitante no es su propio tutor.

Firma del solicitante legal: _____ **Fecha:** _____



SECCIÓN B: Completado por el profesional de la salud SECTION B: Completed by Healthcare Professional

Dear Healthcare Professional:

Federal Law is very specific about ADA Paratransit eligibility. You are being asked to provide information regarding this individual's disability(ies). Eligibility is restricted to individuals who:

1. As a result of their disability, cannot board, ride, or disembark from a regular fixed-route bus.
2. Have a specific impairment-related condition which prevents them from getting to or from a bus stop. *This **does not** include persons who find it **difficult** or **uncomfortable** to get to and from bus stops.*

In providing the requested information you should consider only the presence of a disability or health condition and not the applicant's age or economic status.

You will be asked to include your credentials on the last page.

GENERAL INFORMATION *(Must be completed by Healthcare Professional)*

Describe diagnosed disability you are currently treating this individual for and the functional limitations of this impairment:

Date of onset ____/____/____ Date of last visit ____/____/____

How long have you worked with the individual? Since ____/____/____

Is the disability temporary? _____ Or permanent? _____

If permanent, is disability progressive? Yes No

If temporary, please give your best recovery estimate _____

Do temperature extremes affect the individual, e.g., heat index of more than 85 degrees (°F) or wind-chill less than 32 degrees (°F). Yes No

If yes, how so? _____

Please list current medications _____

Is this individual compliant with taking medications? Yes No

Can the individual currently use regular route public transportation (all buses are equipped with wheelchair lifts)?

Yes No Not Sure

Does the individual's health condition/disability require them to travel with someone to assist and/or supervise them? Yes No

Is the individual's judgment impaired? Yes No

Is behavioral inhibition impaired? Yes No

Can the individual walk? Yes No

Does the individual use a mobility aid? Yes No

If yes, please list the type of device _____

How long has the individual been using the device(s)? _____

What is the maximum distance the individual can travel without the assistance of another person?

- less than 1 block (110 yards or less) 1-3 blocks (110-330 yards)
 4-6 blocks (440-660 yards) or more than 6 blocks (661 yards)

The individual:	Yes	No	Sometimes
A. Can live independently	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Can seek and ask directions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Can process information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Can follow routines (consistency)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Has basic coping skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Has basic judgment skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Has basic problem-solving skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Has basic orientation skills (person, place, time)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Has any concentration limitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Has any short- or long-term memory limitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VISUAL IMPAIRMENT

(Please complete if applicable to patient's disability)

Please provide visual acuity measurements and visual field readings for both eyes.

OS _____ OD _____

EMOTIONAL/BEHAVIORAL ISSUES

Does the individual experience any of the following?

Auditory hallucinations Visual hallucinations Delusions Disassociation

Does this prevent the individual from being oriented to person, place, and time?

Yes No

Is the individual currently being treated for any of the following?

Anxiety Depression Panic attacks Schizophrenia

Other: _____

For panic attacks please indicate on average the frequency and length of the attacks:

_____ per day _____ per week _____ per month

_____ per year _____ approx. duration

PLEASE PRINT SO THAT WE MAY CONTACT YOU IF NEEDED

Healthcare Professional Name: _____

Title: _____ **Professional License #:** _____

Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Telephone Number: (____) _____ **Fax:** (____) _____

Professional's Signature: _____ **Date:** _____

Please provide any additional information that may assist us in determining this applicant's eligibility.

Handy Ride staff will make the final determination on the applicant's eligibility.